



- Undertecknad anmälan lämnas till informationen på gymnasieskolan, alt. scannas (undertecknad) och skickas med mail till [skola24@falkenberg.se](mailto:skola24@falkenberg.se)

### SKOLA 24-konto för omyndig elev

Skolan är skyldig att informera vårdnadshavare om ungdomens frånvaro. Anmälan ger tillgång till skolans frånvarosystem för angiven elev. Du får uppgifter om elevens frånvaro via 1.sms, 2. e-post. Observera att du behöver ange en e-postadress, namn och personnummer för att aktivera ett Skola24-konto.

Uppgifterna registreras och därefter skickas en aktiveringskod från **Skola24** till **din uppgivna e-postadress**. Följ anvisningarna i mailet.

### Anhörigregister

Informationen används som ett "anhörigregister" för att skolans personal under dagtid ska kunna komma i kontakt med elevers anhöriga vid exempelvis olycksfall eller andra tillbud.

I och med att du fyller i den här anmälan/ansökan registrerar Falkenbergs kommun dina personuppgifter. På [kommun.falkenberg.se/personuppgifter](http://kommun.falkenberg.se/personuppgifter) kan du läsa mer om hur vi behandlar personuppgifter samt vilka rättigheter du har enligt dataskyddsförordningen, GDPR. Du kan även höra av dig till vårt kontaktcenter, [kommun.falkenberg.se](http://kommun.falkenberg.se)

### Var vänlig skriv tydligt – samtliga fält är obligatoriska för att kunna aktivera konto i Skola24!

Anhörigs efternamn	Anhörigs förnamn	Anhörigs personnummer
Telefon, arbete (ej obligatorisk)	Mobilnummer	
Ange anknytning till ungdom <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man  <input type="checkbox"/> annan ansvarig vuxen _____	E-postadress	

Anhörigs efternamn	Anhörigs förnamn	Anhörigs personnummer
Telefon, arbete (ej obligatorisk)	Mobilnummer	
Ange anknytning till ungdom <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man  <input type="checkbox"/> annan ansvarig vuxen _____	E-postadress	

Elevens efternamn	Elevens förnamn	Elevens personnummer
		Klass

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavarens underskrift

